

## La médecine du travail, acteur de prévention

par Marie-Christine SOULA\*, Médecin du travail,  
attachée de consultation à l'hôpital R. Poincaré, Garches

### PLAN

#### Problématique actuelle du rôle du médecin du travail à partir de trois exemples

1. - Le concept d'aptitude au poste de travail
2. - Le médecin du travail face à la maltraitance au travail
3. - Le médecin du travail, acteur de prévention, et l'évaluation des risques

#### Conclusion

Décrire le rôle du médecin du travail, acteur de prévention dans l'évolution du droit à la santé-sécurité, est une gageure.

Les deux acteurs de prévention choisis par les organisateurs du colloque sont la médecine du travail et le CHSCT (1). Ils ne sont à mon sens qu'une partie infime de ce réseau de préventeur aussi, je voudrais laisser du temps libre pour le débat et l'expression notamment des inspecteurs du travail qui sont dans la salle.

J'ai choisi d'illustrer la problématique actuelle du rôle du médecin du travail à partir de trois exemples :

- l'aptitude au poste de travail afin de dénoncer l'utilisation restrictive et sélective qui en est faite,
- le concept d'inaptitude dans le cadre de la maltraitance au travail (j'emploie volontairement le terme de maltraitance, plus global, afin de ne pas centrer sur le harcèlement au travail),
- le rôle de la médecine du travail dans la prévention à partir de l'évaluation des risques professionnels est évoqué en dernier lieu afin de pouvoir parler des risques différés et cancérogènes – enjeu majeur de santé publique.

### Problématique actuelle du rôle du médecin du travail à partir de trois exemples

#### 1. - Le concept d'aptitude au poste de travail

L'aptitude en médecine du travail trouve son origine dans la loi de 1898 sur la réparation des accidents du travail et sur la médecine d'expertise établie dans une logique assurantielle.

Il convenait de réparer en fonction de l'état constaté, donc la définition de l'aptitude – sélection à l'embauche est garante d'une intégrité physique.

L'histoire de l'aptitude a été influencée par l'émergence de la médecine du travail initialement sous influence de la médecine militaire. Il s'agissait d'une aptitude à porter des armes dans une démarche de sélection.

Les premiers décrets spéciaux illustrent le rôle qu'on a voulu donner au médecin du travail.

Les décrets spéciaux traitent des activités susceptibles de causer de maladies graves avec par exemple le premier décret sur l'intoxication au plomb en avril 1908.

Ces textes sont construits selon une logique visant à établir une surveillance médicale des salariés dans des industries réputées dangereuses.

La surveillance médicale prévoit l'intervention d'un médecin « d'usine » désigné et rémunéré par

l'employeur dont le rôle exclusif est de vérifier qu'ils ne présentent plus des symptômes liés à la pathologie en relation avec l'exposition professionnelle.

Le médecin établit alors une attestation écrite qui ne mentionne pas à l'origine la mention d'aptitude sauf pour la cêruse.

La pérennité de ce type de concept se retrouve dans la fonction publique où les agents de l'Etat doivent passer une visite de médecine « statutaire » où le médecin expert constate la possibilité d'être agent de l'Etat donc de pouvoir bénéficier des garanties de prévoyance santé.

Le but est de contribuer à l'équilibre financier du système de protection sociale avantageux tout en préservant l'intérêt de l'Administration.

Le débat actuel est relancé pour l'aptitude dite sécuritaire notamment dans les entreprises de transport. Sous le prétexte de respect des principes de précaution, de prévention et de coresponsabilités au sein de l'entreprise, on fait porter au médecin du travail la nécessité d'effectuer des tests de sélections draconiens qui ne sont plus en relation avec leur mission primaire de prévention.

\* L'auteur s'exprime à titre personnel et non au nom de l'institution dont elle fait partie.

(1) Sur ce dernier point, voir le rapport de R. Saada p. 90 ; également "L'irrésistible ascension de la santé au travail", NVO du 25 octobre 2002 p. 6.

La mise en place des services de médecine "d'usine" puis "du travail" a été légalisée à partir de 1940 puis 1942 et enfin 1946 où l'on confie à des médecins la possibilité de donner les premiers secours, assurer la consultation des ouvriers au travail et procéder à un examen d'aptitude à l'embauche.

C'est la loi de 1946 toujours en vigueur qui a donné au médecin du travail un rôle exclusivement préventif : *"éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail"*.

La loi du 6 décembre 1976 a introduit dans le code du travail (article L 241-10-1) la possibilité pour le médecin du travail de faire des propositions d'aménagement de poste en fonction de l'état de santé du salarié a institué la notion de reclassement et constitue le "socle" de l'obligation de reclassement.

Une autre évolution majeure vient de la loi du 7 janvier 1981 (article L 122-32-5) qui a précisé le rôle du médecin dans la constatation de l'inaptitude suite à AT-MP et doublé l'indemnisation due au salarié licencié pour inaptitude.

La loi du 31 décembre 1992 (L 122-24-4) a étendu la procédure aux constats d'inaptitude après maladie hors origine professionnelle et surtout, instauré l'obligation pour l'employeur, de rétablir le salaire si le salarié déclaré inapte n'est pas "reclassé ou licencié" au bout d'un mois.

"L'obligation de reclassement" dont le principe reste posé à l'article L 241-10-1 du Code du travail s'est donc transformée (en cas d'inaptitude consécutive à un arrêt de travail), dans la pratique en alternative entre reclassement ou licenciement.

La légitimation du licenciement pour inaptitude, voire même l'incitation au licenciement en quoi s'analyse la loi de décembre 1992, conduit à la montée en charge du contentieux du licenciement abusif pour inaptitude.

L'interdiction de licencier un salarié *"en raison de son état de santé ou de son handicap, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail"* édictée par la loi Evin de juillet 1990 (article 122-45 du Code du travail) a dès lors perdu, du fait de l'application de l'alternative laissée en théorie par la loi de décembre 1992 (licenciement à défaut de reclassement, transformé en licenciement pour ne pas reclasser) la plus grande part de son contenu.

Ne reste plus pour atténuer les effets pervers de la loi de 1992, que la possibilité offerte au salarié de contester les avis émis par le médecin du travail devant l'Inspecteur du travail, qui prend sa décision après avis du médecin inspecteur régional du travail, procédure instaurée par la loi du 6 décembre 1976 (article L 241-10-1 alinéa 3 du Code du travail) qui n'a trouvé que peu d'applications pendant de nombreuses années tant

la jurisprudence en avait donné une interprétation restrictive.

L'évolution des tribunaux judiciaires et, surtout, administratifs sur cette question, a peu à peu élargi le champ de ce dispositif et le Conseil d'Etat en octobre 1991 dans l'arrêt *Barbier* (2) a définitivement ouvert cette voie de recours à tout salarié en désaccord avec l'avis émis par le médecin du travail.

Cet arrêt a précédé la loi du 31 décembre 1992 qui étend à toutes les inaptitudes constatées après arrêt de travail, une partie de la loi de 1981 sur le fait que si le salarié n'est pas reclassé ou licencié dans un délai d'un mois, il est rétabli dans son salaire.

Dès lors, la procédure repose sur le fondement de l'obligation de reclassement par les alinéas 1 et 2 de l'article L. 241-10-1.

Depuis un jugement du Tribunal administratif de Nancy (23 mai 2000), l'administration centrale du travail s'est alignée sur le fait que la saisine de l'Inspecteur du travail était administrativement non justifiée dès lors que la salariée étant licenciée.

Le caractère suspensif de la saisine de l'inspecteur du travail lors d'une procédure de contestation d'un licenciement engagé n'est pas tranché et à notre sens serait souhaitable.

La notion de recours à l'avis d'aptitude et donc de mention de l'alinéa 3 de l'art. L. 241-10-1 devrait obligatoirement être portée sur les « avis » d'aptitude délivrés par les médecins du travail afin de légitimer cette procédure de recours.

Il convient de rappeler que la procédure peut s'appliquer à toute « difficulté » ou désaccord sur les propositions ou aménagements de poste formulés par le médecin du travail.

Ce sont donc les avis d'aptitude et d'inaptitude émis par le médecin du travail à l'issue d'un des examens réglementaires qui constituent le domaine privilégié de la contestation.

Tout avis émis par le médecin du travail peut être contesté, que la contestation porte sur les conclusions (aptitude ou inaptitude), la portée (inaptitude au poste ou à tout poste dans l'entreprise), l'objet de la contestation (aspect médical, proposition de reclassement formulée par le médecin du travail, suites données ou proposition de reclassement par l'employeur).

De plus, la notion d'inaptitude « protectrice » est apparue du fait de certains médecins pensant que c'était souvent le dernier recours indispensable lorsqu'une situation de travail met gravement en péril la santé d'un salarié.

Nous développerons ce concept à propos de la maltraitance au travail.

(2) CE 4 oct. 1991 req. 112032, Rec. Tab ; v. sur cette question M. Bonnechère "L'inspecteur du travail et la

prévention du licenciement des salariés déclarés inaptes à leur emploi" Dr. Ouv. 1993 p. 1.

## 2 - Le médecin du travail face à la maltraitance au travail

Après avoir évoqué et développé les significations, sens et contre sens du concept d'aptitude au poste de travail, il est intéressant de noter que ce concept a été remanié et utilisé différemment avec la montée en puissance ou plutôt la médiatisation de la maltraitance au travail.

Au cours du dernier siècle, les modifications de l'organisation n'ont pas manqué d'entraîner des conséquences sur la santé des travailleurs et de générer des pathologies.

La notion de harcèlement semble avoir embolisé tout l'horizon des difficultés d'organisation du travail.

Au point, que les plaintes des salariés même si elles relèvent de dysfonctionnements évidents dans l'organisation du travail, ne se focalisent que sur le terme de harcèlement.

En tant que médecin, la montée en puissance des « plaintes » des victimes de harcèlement oblige à se reposer la question de l'éthique dans le monde du travail : le harcèlement stratégique, le harcèlement institutionnel, la place faite au « pervers » dans certains managements, l'obligation d'évaluation individuelle, la surcharge chronique de travail, corroborent un affaissement des valeurs et une banalisation du mal dans les actes civils ordinaires.

Les travaux de Christophe Dejourné et Philippe Davezies ont largement illustré ces faits.

L'énonciation de la plainte de victime se construit souvent autour de la notion de respect et d'atteinte à la dignité.

Pour vous avocats, les outils juridiques à votre disposition ne nécessitent pas forcément l'apport d'un article dans une loi dite de modernisation sociale (3).

La plainte des victimes et la focalisation des acteurs de terrain de l'entreprise se fait autour de la notion de harcèlement et appelle à la réparation.

Cette notion de victimisation et de réparation peut à mon sens occulter le vrai problème de souffrance collective – terrains des nouvelles formes d'organisation du travail.

Il faut savoir que l'émergence de ces plaintes est apparue après la crise économique du début des années 90.

La précarité a neutralisé la mobilisation collective, généré le silence et le chacun pour soi.

La peur de perdre son emploi ou la crainte pour sa carrière ont induit des conduites de domination ou soumission.

On constate dans les récits des patients mais également des médecins du travail que la manipulation délibérée du chantage, de la menace sont désormais érigés en méthode de management pour « tenir » les salariés.

Le harcèlement stratégique a pour visée la reddition émotionnelle d'un sujet dont on veut se débarrasser afin de le pousser à la démission.

Sont concernés les délégués du personnel et syndicaux, les salariés en surnombre après fusion rachat d'entreprise pour lesquels on veut éviter les indemnités de licenciement, les salariés anciens coûtant trop cher ou détenteur de la mémoire de l'ancienne organisation du travail.

Les nouvelles formes d'organisation du travail fixent quasi systématiquement des objectifs de postes irréalistes, générant une situation chronique d'épuisement professionnel et d'insatisfaction devant la tâche accomplie (4).

La perversité du système est renforcée lorsqu'on demande aux salariés de fixer eux-mêmes leurs objectifs et qu'ensuite on les évalue sur des objectifs non atteints.

On parle alors de stress et les travaux de Karasek et Théorell à partir des années 1980 déclinent très bien ces deux composantes : les exigences du travail évaluées en terme de quantité et complexité et les contraintes du temps imposées.

Les effets du degré d'exigence dépendent du degré d'autonomie. La contrainte professionnelle peut produire une excitation si elle se joue dans un contexte collectif et autonome avec le soutien technique que le salarié peut recevoir de ses collègues et de son encadrement.

Ces théories nous montrent la différence essentielle entre effet du stress et passage à la maltraitance et au harcèlement.

Le conflit autour de la gestion des salariés s'est focalisé également autour du terme de qualité dans les entreprises. Ce terme ne prend pas la même signification pour le personnel que pour le management. Pour le personnel, un travail de qualité fait référence à des règles de métier et porte la marque de son auteur. Alors que pour l'employeur, la qualité est décrite en terme de référence à un marché pour satisfaire le client.

La tension entre normes de marché, normes professionnelles et sociales est souvent à l'origine de la maltraitance et donc de la souffrance au travail.

La reconnaissance de cette souffrance est souvent engagée dans des formes de prise en charge médico-juridiques.

Pour un juriste, la règle juridique peut apparaître comme un facteur d'apaisement. Or, il n'est pas sûr que

(3) F. Bocquillon "Harcèlement moral : une loi en trompe l'œil ?", Dr. Ouv. 2002 p. 278, in n° spéc. juin 2002 "Harcèlements et discriminations au travail".

(4) v. les actes du colloque "Harcèlement moral, management et organisation du travail", in Dr. Ouv. juin 2002 p. 227 s.

sur le plan psychologique l'attribution d'une peine sous forme de réparation pécuniaire efface la blessure réalisée par l'atteinte du geste de travail.

On arrive à obtenir une réelle réparation uniquement si le collectif de travail s'est mobilisé.

Ces éléments nous posent le réel problème de la place occupée par les organisations syndicales dans les entreprises.

Sur les dossiers de harcèlement, les IRP et CHSCT ont comme les médecins du travail du mal à passer de la plainte individuelle au débat collectif.

La demande de réparation n'arrive pas à passer au pouvoir de prévention.

C'est dans ce contexte difficile et rigidifié que les médecins du travail ont été amenés à « subvertir » le concept d'aptitude du poste afin de sortir le salarié d'un contexte de travail pathogène.

La mission du médecin du travail est bien « *d'éviter toute altération de la santé du salarié du fait du travail* » avec, donc, comme corollaire la protection de la santé et la prévention.

Le médecin du travail peut s'il constate une dégradation nette de la santé mentale et physique du salarié en lien avec les conditions de travail, en vertu de l'art. L. 241-10-1 demander une mutation ou un aménagement de poste.

Il peut utiliser l'incapacité temporaire avec l'orientation médicale vers une structure adaptée.

Il doit, grâce à des indicateurs objectifs de souffrance mentale, alerter au sein de l'entreprise, l'employeur et les CHSCT afin de susciter une prise en charge collective.

Le rapport à l'employeur et au CHSCT pourra être le levier d'une demande d'expertise faite par le CHSCT telle que développée par Rachel Saada (5).

En cas d'échec à la prise en charge individuelle et après alerte des acteurs de l'entreprise, l'incapacité définitive à tout poste dans l'entreprise a été une réponse médico-administrative puissante et parfois utilisée par certains un peu trop facilement afin de réduire un conflit individuel et d'éviter de passer sur un mode collectif.

Pour forger son opinion, le médecin du travail doit s'appuyer sur les données recueillies au cabinet médical sous couvert du secret médical et après investigation par étude de poste dans l'entreprise.

L'analyse de la situation passe par le repérage du tableau clinique spécifique des salariés harcelés, par le repérage dans le récit du salarié des techniques de harcèlement répertoriées.

L'avis du médecin du travail doit toujours être assorti du consentement éclairé et participatif du salarié.

La loi du 4 mars 2002 ouvrant droit à l'accès du dossier médical va complexifier le rôle du médecin du travail dans la recherche de charges de preuve médicale lui permettant d'étayer son diagnostic.

La notion d'incapacité doit être présentée par le médecin du travail comme un outil de sortie d'une situation d'impasse. Elle est alors stratégie subversive, prescription thérapeutique éloignant le patient d'une situation dangereuse.

Un réel gain thérapeutique est souvent observé en faisant passer le patient d'un état de victime subissant à celui de patient actif.

Par subversion, l'incapacité devient un outil stratégique pour contrer les projets de l'entreprise. Elle devra donc s'accompagner d'un courrier explicatif du médecin du travail à l'employeur avec copie au CHSCT.

Par subversion, l'incapacité n'est pas celle du salarié mais celle de l'entreprise.

Si l'entreprise n'assure pas la santé des salariés tel que prévu dans le cadre du L 230-2, c'est elle qui par son comportement fautif conduit le salarié à l'incapacité.

Du côté de l'entreprise, même si le secret médical impose des limites aux possibilités d'intervention, certains outils permettent au médecin du travail de compléter cette subversion de l'incapacité.

La fiche d'entreprise établie par le médecin du travail remise à l'employeur, et à disposition de l'Inspecteur du travail peut intégrer le bilan de santé global de l'entreprise.

Le rapport annuel du médecin (6) peut et doit rendre compte du bilan de santé global de l'entreprise pour faire état de l'augmentation des urgences sur le lieu de travail pour conflit, violence, tentative de suicide, l'augmentation des pathologies somatiques et psychiques, l'augmentation des psychotropes, tabac, alcool etc.

La déclaration de maladie à caractère professionnelle permet de mettre en avant la responsabilité de l'entreprise.

Il faut rappeler que l'incapacité ne limite en rien les possibilités du salarié d'entamer des recours juridiques à l'encontre de l'employeur. Il faut se référer au jugement du Conseil des prud'hommes de Longjumeau du 21 mai 2001 qui indique :

« *Lorsque l'incapacité résulte de la faute de l'employeur, le licenciement ne peut être rattaché à un licenciement inhérent à la personne du salarié mais à un licenciement imputable à la seule faute de l'employeur* » (7).

Cette décision permet de faire le lien avec la notion de prévention et d'évaluation des risques professionnels.

(5) Voir interv. p. 90 du présent numéro.

(6) v. *Le Peuple* du 13 déc. 2000 n° 1535 p. 19 "Comment se servir du rapport annuel du médecin du travail".

(7) CPH Longjumeau 21 mai 2001, Dr. Ouv. 2001 p. 441 n. Paul Bouaziz.

Dans tout lieu de travail, l'employeur a l'obligation d'assurer la sécurité et de protéger la santé des travailleurs concernant tous les aspects liés au travail.

Le médecin du travail par son rôle de conseiller devra y participer.

### 3 - Le médecin du travail, acteur de prévention, et l'évaluation des risques

Il est intéressant de rappeler la définition des notions de *danger* et de *risque* qui doivent être distinguées pour mieux appréhender le débat actuel autour de ce concept.

- le danger est la propriété ou capacité intrinsèque par laquelle une chose (élément, substance, méthodes de travail...) est susceptible de causer un dommage et de présenter des effets nuisibles,
- le risque est la rencontre potentielle entre un ou des salariés et le danger, ce qui implique l'exposition du salarié à un danger.

Cette différenciation prend toute sa pertinence au lendemain d'accidents tel AZF à Toulouse.

Mais il est intéressant de noter que la démarche d'évaluation des risques telle qu'elle a été transcrite en droit français est une démarche *a priori* donc probabiliste du risque.

Cela consiste donc à considérer que le risque réside dans la probabilité que le danger cause un dommage.

L'origine est une logique d'assureur, et donc en matière d'accident du travail ou maladie professionnelle orientée vers la réparation, il s'agira de quantifier le risque pour déterminer son coût vis-à-vis de l'employeur.

Cette approche probabiliste actuellement privilégiée en France s'avère contradictoire avec une réelle logique de prévention.

Le rapport coût/bénéfice sera étudié par les employeurs et si le coût imputé aux mesures de prévention est estimé supérieur au coût représenté par la conséquence du risque alors le choix consistera à ne pas prendre les mesures de prévention.

La hiérarchisation des risques permettant de justifier que les mesures de prévention ne sont pas prises n'est pas tolérable.

La gravité du dommage potentiellement encouru rentre en jeu mais avons nous le droit de parler de gravité lorsque nous parlons de l'atteinte à l'intégrité physique et mentale du salarié.

Si la notion de gravité renvoie à la notion du risque d'accident de travail mortel donc à des risques plutôt physiques, il est difficilement concevable pour l'évaluation des risques aux cancérigènes mutagènes ou toxiques pour la reproduction (décret CMR du 1<sup>er</sup> février 2001).

La démarche d'évaluation *a priori* des risques repose également sur la notion de fréquence d'exposition, donc sur un aspect scientifique quantifiable.

Le fait d'utiliser avec une fréquence « faible » une machine ou un produit peut-il baisser le niveau de risque ?

Un salarié exposé même rarement à un produit hautement cancérigène, doit-il être considéré comme non exposé alors que l'on connaît scientifiquement les relations dose-effet ?

La durée d'exposition est également évoquée dans cette démarche pour venir en appui au fait que si le « risque » est faible alors la démarche préventive n'est pas prioritaire. Quel sera le recours du salarié face à une atteinte à sa santé vingt ans plus tard ?

L'évaluation des risques doit constituer un levier fort pour passer d'une logique de réparation à une logique de prévention.

Pour cela tous les avis nécessaires doivent être recueillis au sein de l'entreprise, délégués du personnel, CHSCT. Le médecin du travail devra remplir son rôle de « conseil » à l'employeur et au délégué du personnel mais il ne doit pas se substituer à l'employeur. L'expertise dans l'entreprise doit être collégiale, elle doit être le résultat d'une activité d'interface avec mise en parallèle des différentes situations évoquées.

Si le médecin du travail établit seul l'évaluation des risques, elle ne répond pas à une démarche collective participative d'évaluation. Il doit aider à l'identification des dangers et proposer des règles d'hygiène et de sécurité en fonction des textes du Code du travail, voire élargir en fonction de ses connaissances scientifiques.

La notion d'identification et de signalement de danger renvoie à la notion d'indépendance des médecins du travail. On ne peut qu'évoquer les douloureux dossiers de l'amiante ou des éthers de glycol et l'on comprend aisément vu l'organisation actuelle des services de santé au travail sous dépendance forte des organisations d'employeur, l'enjeu de la participation des médecins du travail à cette demande d'évaluation (8).

L'évaluation des risques ne doit pas être une fin en soi, mais elle doit aboutir à de réelles actions de prévention dans le but de protéger la santé et la sécurité des salariés (8bis).

Les règles de prévention concernant les produits cancérigènes mutagènes et toxiques pour la reproduction ont été édictées par un décret du 1<sup>er</sup> février 2001.

Les médecins du travail y sont sollicités notamment par rapport à l'examen préalable à l'affectation au poste à condition qu'une attestation de non contre-indication médicale aux travaux soit délivrée.

(8) Y. Saint-Jours "La médecine du travail à l'épreuve du syndrome de l'amiante", Dr. Ouv. 2000 p. 274 ; M. Bonnechère "Le statut du médecin du travail, garantie de son indépendance", Dr. Ouv. 1997 p. 103.

(8bis) M. Bonnechère "Le corps laborieux : réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail" Dr. Ouv. 1994 p. 173.

Ce décret a été dénoncé par des syndicats de médecin du travail devant le Conseil d'Etat qui a rendu sa décision le 9 octobre 2002 (3).

Il est étonnant d'y constater l'affirmation de sélection jouée par les médecins du travail dans le considérant suivant : « *les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* ».

Cette position ne fait que renforcer les contradictions sur le fondement du certificat d'aptitude et sur le rôle que l'on veut vraiment faire jouer au médecin du travail.

### Conclusion

Pour faire passer le médecin du travail d'un acteur garant de l'intégrité physique et mentale des salariés vers un acteur de prévention, acteur de veille sanitaire, nous devons donner les moyens au médecin du travail

(9) La décision est reproduite en page 126 de ce numéro avec un commentaire de C. Fuentes ; sur ce décret v. également

en terme de réelle indépendance et surtout nous devons mobiliser collectivement au sein des entreprises afin que l'enjeu *hygiène sécurité santé au travail* rentre vraiment dans le débat public.

Pour conclure, je reprendrai une phrase extraite du rapport 2001 de l'INSERM paru sur « Les inégalités sociales de santé ». Serge Volkoff et Annie Thebaud-Mony affirment :

« *On peut admettre qu'une grande partie des atteintes directes et massives à la santé, en raison d'exigences physiques extrêmes, vont se raréfier.*

*Mais des atteintes indirectes, celles qui restreignent la marge de manœuvre dont chacun dispose pour construire des stratégies de préservation sont au contraire appelées à s'étendre.*

*La mobilisation autour du thème sécurité et santé physique et morale dans les entreprises est devenue un enjeu majeur auquel nous devons savoir répondre collectivement.* »

**Marie-Christine Soula**

l'appel lancé par des médecins du travail et reproduit p. 121 du présent numéro.

VIENT DE PARAÎTRE

## Le risque, le salarié et l'entreprise

par Jean MOULIN

**Prévention des risques industriels et technologiques majeurs, une contribution syndicale.**

*“Cet ouvrage constitue un apport d'envergure, un point d'appui précieux, un instrument indispensable pour l'intervention syndicale, et ce partout où les syndicats sont confrontés aux risques majeurs, ce qui dépasse de très loin les seules industries chimiques ou les sites Sévésos.”*

Jean-François Perraud, Secrétaire de la CGT

**Cet ouvrage (396 pages) peut être commandé à  
VO Editions : NSA La Vie Ouvrière, BP 27,  
75560 Paris Cedex 12.**

**Prix : 19 € (+ port 3 €)**

**Tél. : 01 49 88 68 42**

